

اسم مقدم (مقدمي) الطلب:

ولاية نيويورك

(NEW YORK STATE OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES) مكتب خدمات الأطفال والأسرة

التقييم الذاتي

الغرض من هذا النموذج هو أن يضع مقدم (مقدمي) الطلب بعين الاعتبار الأثر الذي سيحدثه كونهما والدين بالرعاية البديلة/ التبني في حياتهم.

تعليمات:

مقدم (مقدمي) الطلب: ينبغي لمقدم (مقدمي) الطلب، بالإضافة إلى أفراد الأسرة الآخرين، ويشمل ذلك الأطفال المؤهلين، إكمال هذا النموذج. يمكن استخدام صفحات إضافية إذا لزم الأمر. **مسؤولو التسكين:** يجب تقديم هذا النموذج لمقدم (مقدمي) الطلب لإكماله. ينبغي لمسؤولي التسكين مراجعة الأسئلة أثناء مع مقدم (مقدمي) الطلب بالإضافة إلى أفراد الأسرة الآخرين، مرة واحدة على الأقل قبل التقديم. ولكن يُوصى بتقييم هذه الاعتبارات طوال العملية. يجب الاحتفاظ بالنموذج المكتمل في ملف مقدم الطلب.

مقدم (مقدمي) الطلب:	
1.	ما الذي دفعك للسعي وراء الرعاية البديلة أو التبني في هذا الوقت؟
2.	ما الذي تعنيه الرعاية البديلة لك؟
أ2.	ما مفهومك عن الآباء الذي لديهم أطفال بالتبني؟
3.	ما الذي يعنيه التبني لك؟
أ3.	ما مفهومك عن الأطفال المتلقين للرعاية البديلة الذين ينتظرون التبني؟
4.	ما الاختلافات الجوهرية في رأيك بين الرعاية البديلة والتبني؟
5.	إلى أي مدى شاركت أسرتك وبقية أفرادها، ويشمل ذلك الأطفال، في قرار أن تصبوا أسرة كفيلة أو متبينة؟
6.	ما نوع الدعم التي تظن أنه قد يحتاج إليه الطفل المنفصل عن أسرته؟
أ6.	كيف ستقدم الدعم؟
7.	كيف ستتعاون مع هذه الوكالة لمساعدة طفل الرعاية البديلة على الرجوع إلى أسرته؟
أ7.	كيف ستتعاون مع هذه الوكالة للمساعدة في انتقال الطفل إلى التبني إذا لزم الأمر؟
8.	إلى أي مدى ستدعم ترتيب قضاء الطفل بعض الوقت مع أسرته الطبيعية أو أشقائه أو أجداده وما إلى ذلك؟
أ8.	إلى أي مدى ستشارك الطفل زيارته لأسرته؟
9.	ما مفهومك عن التبني المفتوح؟
10.	ما مخاوفك حيال التبني بالرعاية البديلة؟
11.	ما مستوى قبولك للزيارات/ الاتصالات المتكررة مع موظفي الوكالة؟
12.	ما شعورك حيال مشاركة المعلومات الشخصية عن حياتك طوال هذه العملية؟
13.	في اعتقادك ما الآثار الأكثر إيجابية والأصعب للرعاية البديلة عليك وعلى أسرتك؟

13. أ. أو آثار التبني؟	
14. كيف ستدعم الطفل الخاضع للرعاية البديلة أو الطفل الذي ينتظر التبني للحفاظ على الروابط إذا كان مختلفًا عن أسرته من حيث الخلفية الدينية أو الإثنية أو العرقية أو الثقافية؟	
15. كيف تتوقع تغيير جدولك الزمني لمواءمة احتياجات الطفل (الأطفال)؟	
15 أ. كيف سيؤثر هذا في جدول عملك الزمني؟	
16. هل ستحتاج لإجراء تعديل على مساحة منزلك لتناسب الطفل (الأطفال)؟	
17. ما رأيك في إشراك الطفل (الأطفال) في الأنشطة اليومية والمناسبات المجتمعية والمناسبات العائلية، وما إلى ذلك؟	
18. هل لديك حيوانات أليفة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا 18أ. إذا كانت الإجابة نعم، فمن أي نوع وما عددها؟ 18ب. ما مدى استجابتهم للأطفال أو غيرهم من الغرباء في المنزل؟	
19. في اعتقادك كم المدة التي ستكون على استعداد وقادر خلالها على تقديم الرعاية البديلة؟	
20. يشترط التدريب للحصول على ترخيص أو اعتماد، ويشترط التدريب المستمر أيضًا. يشترط على كلا مقدمي الطلب المشاركة في التدريب الابتدائي الذي يبلغ متوسطه 30 ساعة على مدار 10 أسابيع، إضافة إلى التدريبات السنوية. ما التغييرات التي عليك القيام بها للمشاركة في التدريب المطلوب والمستمر؟	
ماذا بعد؟	
هل تود اتخاذ الخطوة التالية في العملية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
إذا كانت الإجابة نعم، فما الذي تهتم به في الوقت الحالي؟ <input type="checkbox"/> الرعاية البديلة <input type="checkbox"/> التبني <input type="checkbox"/> كلاهما	
إذا كانت الإجابة نعم، فهل لديك في الوقت الحالي تفضيلات تتعلق بعدد الأطفال الذين ترغب في رعايتهم أو النطاقات العمرية لهم أو سماتهم؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا التوضيح:	
التقييم الابتدائي لاستعداد الأسرة: يكملة مسؤول التنسكين ويراجعه مع مقدم (مقدمي) الطلب (اختر واحدًا/ ووضحه)	التاريخ: / /
المراحل المبكرة:	
الحد الأدنى لوسائل الدعم اللازمة:	
مقبول:	
توقيع مقدم الطلب: X	التاريخ: / /
توقيع مقدم الطلب: X	التاريخ: / /
توقيع مسؤول التنسكين: X	التاريخ: / /
توقيع المشرف: X	التاريخ: / /

اسم مقدم (مقدمي) الطلب:

إعادة تقييم استعداد الأسرة: يكمله مسؤول التسكين ويراجعه مع مقدم (مقدمي) الطلب (اختر واحدًا ووضحه).

التاريخ:

/ /

المراحل المبكرة:

الحد الأدنى لوسائل الدعم اللازمة:

مقبول:

توقيع مقدم الطلب:

X

التاريخ:

/ /

توقيع مقدم الطلب:

X

التاريخ:

/ /

توقيع مسؤول التسكين:

X

التاريخ:

/ /

توقيع المشرف:

X

التاريخ:

/ /